



TIERARZTPRAXIS

**Nora Wickidal**

Tierärztin für Kleintiere

## Anmeldeformular

### Angaben zu Ihrer Person:

Vorname: ..... Nachname: .....

Straße: .....

PLZ/Wohnort: .....

Tel.: ..... Mobil: .....

Email: ..... Fax: .....

- Ich möchte per Email **Impferinnerungen und Informationen** bezüglich der Praxis (z.B. Veranstaltungen, Schließzeiten wegen Urlaub, vierteljährlicher Newsletter, ...) erhalten

### Angaben zu Ihrem Haustier:

Name: ..... Tierart: .....

Rasse: ..... Geburtsdatum: .....

Fell/Farbe: ..... Mikrochipnr.: .....

Krankenversicherung: .....

Geschlecht:  weiblich  männlich      Kastriert:  ja  nein

Sind bereits Krankheiten bekannt? .....

Geben Sie dauerhaft Medikamente? .....

Sonstige Hinweise (z.B. bissig, Allergien, ...): .....

### Wie sind sie auf unsere Tierarztpraxis aufmerksam geworden?

- durch Hr. Stötzer    Zeitung    Telefonbuch    Internetsuche/ Homepage  
 durch Empfehlung    weiteres: .....

### Zahlungsweise:

Bei uns werden alle Leistungen und Medikamente sofort nach jeder Behandlung abgerechnet. Sie können den Betrag in **Bar oder per EC-Karte** (PIN) bezahlen. Eine Rechnungslegung ist nicht möglich. Wir bitten um Ihr Verständnis!

**Mit meiner Unterschrift erteile ich den Auftrag zur Untersuchung, Beratung und Behandlung, bestätige die Richtigkeit der Angaben zu meiner Person und akzeptiere die Zahlungsbedingungen.**

Ort/ Datum: .....      Unterschrift: .....